

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ADENOIDECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### **IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

Técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación del tejido adenoideo –es decir, las vegetaciones– que ocupa la rinofaringe, área situada tras el paladar, en la parte posterior de las fosas nasales. El tejido adenoideo se encuentra, en esta zona, en cantidad variable durante la infancia y tiende a disminuir con el crecimiento, pudiendo desaparecer tras la adolescencia. La persistencia del tejido adenoideo en la edad adulta es infrecuente, aunque posible.

La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia general o local y, generalmente, consiste en legar, es decir raspar, con un instrumento especial llamado adenotomo, las vegetaciones adenoideas. En otros casos, y en dependencia de las preferencias del cirujano o de otros motivos de orden médico, se pueden extirpar mediante otras técnicas, tales como la radiofrecuencia, la cavitación, etc. Tras la intervención, queda una superficie sangrante que tiende a coagularse espontáneamente, en un breve espacio de tiempo, si la capacidad de coagulación de la sangre es normal.

### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

Mejoría de la ventilación nasal, menor incidencia de infecciones tales como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis, bronquitis y otitis, y la disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueda aparecer, por la nariz o la boca, una pequeña cantidad de sangre tiñendo la saliva o el moco, por lo que es aconsejable sonarse la nariz, sin violencia, para expulsar dichas secreciones que, incluso, pueden contener pequeños coágulos de sangre. También pueden aparecer vómitos de color oscuro que, durante las primeras horas tras la intervención, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la operación, por lo que no precisan tratamiento. Después de la intervención suele existir un pequeño dolor de garganta y de oídos, durante la deglución, que se puede disminuir con calmantes.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

La falta de ventilación nasal puede ocasionar malformaciones de la cara o del paladar y de los dientes, la aparición de un ronquido e incluso una apnea del sueño – situación en la que los movimientos respiratorios quedan momentáneamente detenidos– y el aumento de las infecciones a nivel de la nariz, la garganta, el pecho, o los oídos.

### **RIESGOS FRECUENTES**

Las vegetaciones pueden reproducirse ya que, al no tener un límite preciso, su extirpación nunca es completa y los mínimos restos que quedan, pueden crecer de nuevo produciendo las mismas molestias.

En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado que suele consistir en la compresión de la zona intervenida mediante un taponamiento, llamado posterior porque se coloca en la parte posterior de las fosas nasales.. Para ello es necesaria la una anestesia general durante la cual, se revisa el lecho quirúrgico. Si la hemorragia fuera muy intensa o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso un «shock» llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre. Cabe, incluso, la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria, o una porción de las vegetaciones extirpadas, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dental– accidental, la fisura del paladar blando, la aparición de una voz nasalizada, , trastornos de olfacción, y la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución.

En algunos casos, puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ADENOIDECTOMIA

*RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE*

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

*ACLARACIONES  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL MÉDICO)*

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ADENOIDECTOMIA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **ADENOIDECTOMÍA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO